Beitrag
zur
Lehre von der Lebersyphilis.

Inauguralabhandlung

der

medicinischen Facultät zu Erlangen

vorgelegt

von

Christoph Huber,

Dr. med.

Erlangen.

Druck der Adolph Ernst Junge'schen Universitätsbuchdruckerei.

1857.

Meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor von Dittrich erstatte ich hiemit für die gütige Unterstützung bei Bearbeitung dieser Abhandlung meinen herzlichsten Dank.

Ch. Huber.

Im Wintersemester 18$^{56}/_{57}$ wurde in der medicinischen Klinik zu Erlangen ein Fall beobachtet, der nach Eintritt des letalen Ausgangs sowohl in anatomischer Beziehung Interesse erregte, als auch für die Diagnose einer seltenen Krankheit Aufschlüsse gab.

Gleichzeitig kam im Nürnberger Krankenhaus ein ähnlicher Fall vor, von dem wir jedoch nur das betreffende anatomische Präparat zu sehen bekamen.

Beide Fälle betrafen Individuen mit constitutioneller Syphilis behaftet, an welchem Prozesse in hohem Grade die Leber Antheil nahm und zwar so, dass Störungen der Gesammternährung unausbleiblich waren. Diese Fälle gehören in die Reihe der von Dittrich zuerst erkannten und in der Prager Vierteljahrsschrift Band XXI. beschriebenen Leberaffection und zwar übertreffen sie an Intensität alle seine früher beobachteten Fälle.

Wir beginnen mit dem in Erlangen beobachteten Falle.

Hofmann, Catharina, 32 Jahre alt, Frau eines Schusters, welcher im Zustande hochgradiger Tuberkulose nach Amerika auswanderte.

Am Anfang des Jahrs 1856 wurde sie zum ersten Mal poliklinisch behandelt. Sie bot damals verschiedene Symptome von Seiten der Luftwege, objectiv starke Hämoptöe.

Am 26. Januar 1856 trat ohne allgemeine Erscheinungen eine Hämorrhagie aus den Luftwegen ein: sie warf mehrmals maulvoll grössere Blutmassen aus. Damals hustete sie mässig, war heiser, gab drückende Schmerzen hinter dem Brustbein an; sie fühlte sich matt und begann abzumagern; die physicalische Untersuchung ergab nichts. Sie erholte sich anscheinend wieder, bis sie im März 1856 wieder in poliklin. Behandlung trat. Die Untersuchung der Lungen ergab wieder nichts Positives. Unterdess war keine neue Blutung hinzugetreten; jetzt bot sie das Bild eines beträchtlichen Hydrops der unteren Extremitäten mit leichtem Hauterythem und Ascites.

Sie hustete mässig, hatte eine mässige Menge schleimiger Sputa und leichte durch den Ascites bedingte Dyspnoe.

Eine leichte Schalldifferenz an der linken Lungenspitze schien die Perkussion zu ergeben, während das Resultat der Auskultation negativ war.

Sie klagte über schmerzhafte Empfindungen, welche zeitweilig auftauchend, Stunden, selbst Tage lang andaurend, ungemein heftig schneidend und reissend waren, sich von der Kreuzgegend gegen die Leber erstreckten und manchmal eine solche Intensität erreichten, dass die Kranke sich krümmte und laut aufschreien musste.

Unter ungünstigen häuslichen Verhältnissen blieb sie in diesem Zustand längere Zeit ohne Behandlung. Im August 1856, bis zu welcher Zeit die Schmerzen nachgelassen hatten, der Hydrops jedoch nicht ganz verschwun-

den war, kam sie wieder wegen eines heftigen Schmerzanfalles in Behandlung. Die Schmerzen verschwanden nach 14 Tagen und trotz des Katarrhs der Luftwege, trotz der Dyspnoe und des Hydrops konnte sie ihren häuslichen Geschäften wieder nachgehen.

Durch vielfaches Zureden bewogen kam sie im September in die Klinik. Sie war bleich, etwas abgemagert, die Muskulatur noch mässig dick, doch schlaff und welk; das Unterhautbindegewebe der untern Extremitäten mässig serös durchfeuchtet, der Fingereindruck bleibt stehen.

Das Athmen ist bedeutend erschwert, besonders bei Bewegungen, Thorax in allen Durchmessern gut entwickelt, beide Regiones infraclav. heben sich gleichmässig, links unter dem Schlüsselbein eine sehr geringe Perkussionsdifferenz. Die Auskultation gibt nichts. In den Pleurasäcken ist kein Fluidum nachweisbar; nur wenig Rasselgeräusche in der Gegend der untern Lungenlappen; die Lungengrenzen weder vergrössert, noch verkleinert; von Seiten des Herzens nichts Abnormes nachzuweisen. Nur der 2. Lungenarterienton erschien verstärkt. Unterleib ausgedehnt, durch die Perkussion kein Fluidum nachweisbar. In der Lebergegend ein Plessimeter breit unter dem Rippenrand ein leerer Schall; verglichen mit den übrigen plessimetr. Verhältnissen scheint die Leber nach allen Richtungen einen grösseren Umfang zu haben; durch die Palpation ist nirgends eine Unebenheit nachzuweisen. Milz nicht vergrössert nachweisbar. Die Kranke ist matt, appetitlos, hat täglich Stuhl; Hautwärme nicht erhöht, Puls klein, Harn reichlich und hell.

Zu der schon früher, namentlich wegen der Pneumorrhagie angenommenen Erkrankung der Lungen schien

in der letzten Zeit eine Veränderung der Leber hinzugetreten zu sein.

Zur Annahme einer chronischen Entzündung hatte man Anhaltspunkte an den örtlichen Schmerzen, am Hydrops, an der objectiv nachweisbaren Vergrösserung des Organs; das combinirte Vorkommen von Lungentuberkulose mit granulirter Leber widersprach keineswegs der klinischen Annahme; dennoch konnte mit Bestimmtheit die Diagnose dieses Bildes nicht gemacht werden, einerseits wegen der Unmöglichkeit die Tuberkulose der Lungen nachzuweisen, andererseits, weil mit Bestimmtheit die Leberkirrhose nicht zu diagnostiziren war, obwohl andere Arten von Lebervergrösserung (Fettleber, Speckleber) bei der noch mässigen Tabes ausgeschlossen werden konnten, letztere Arten von Volumzunahme der Leber überdiess meistens schmerzlos auftreten.

Da die Unterleibssymptome jetzt in den Hintergund getreten waren, dagegen der Husten, der Auswurf, die Dyspnoe, die Schmerzen hinter dem Sternum im Vordergrunde waren, so ging die Therapie dahin neben kräftiger Diät roborirende Tinkturen anzuwenden und die Kranke den Inhalationen von Salmiakdämpfen zu unterwerfen. Letztere schienen jedoch hier nicht wie in anderen Fällen von Erfolg zu sein, weder Sputa, noch Hustenreiz verminderten sich. Wegen heftigen nach der Einathmung auftretender Kopfschmerzen wurde ausgesetzt.

Am 1. Oktober, bis wohin sich der Zustand kaum geändert hatte, bekam die Kranke wieder einen jener oben geschilderten Schmerzparoxysmen; vom Kreuz ausgehend concentrirten sich die Schmerzen in der Lebergegend; diese Schmerzen verloren sich jedoch nach Anwendung

warmer Tücher auf den Unterleib und Darreichung eines Gran Opium schon binnen einer Stunde vollkommen. Nur war die Kranke sehr ermattet, im Gesicht collabirt, Dyspnoe vermehrt.

6. Oct. Die Kranke ist mit Ausnahme der fortschreitenden Tabes wenig verändert, Hydrops nimmt nicht zu, Leberperkussion dieselbe; Ascites nicht deutlich nachweisbar, die manuelle Untersuchung der Leber ist schmerzhaft; Husten und Dyspnoe besteht fort; die Menge der Sputa ist gering, bald subacut, bald chronisch. Gegen Abend fühlt sich die Kranke unwohler, matter, wird beim Herumgehen leicht müde, Puls frequenter; beim Einschlafen tritt leichter Schweiss ein.

11. Oct. Ein neuer heftiger Schmerzanfall tritt ein, welcher trotz derselben Behandlung wie früher mehrere Stunden anhält; darauf grosse Abmattung und Dyspnoe, der darauf folgende Schlaf höchst unruhig, von lauten Träumen unterbrochen.

Die bald darauf vorgenommene Untersuchung der Lebergegend, des rechten Pleurasackes bot zur Aenderung der Diagnose nichts. Solche Anfälle wiederholten sich bis Ende Octobers mehrmals.

Der Hydrops der untern Extremitäten verschwand bis auf ein Minimum, doch trat die Bleichheit und Tabes mit Fortdauer der Brusterscheinungen und abendlichen Fiebersymptome immer in den Vordergrund; öftere ermattende Nachtschweisse treten auf, Harn sparsamer, dunkler, Bodensatz bildend, ohne Eiweiss.

Trotz der Zunahme der Athmungsbeschwerden und des Hustens traten keine Larynxerscheinungen auf, noch sprach

die physikalische Untersuchung für eine Impermeabilitäts-zunahme oder grössere Ausdehnung der Lungen.

Am 4. November bei stürmischem Wetter (die Kranke lag nahe dem Fenster) klagte sie Nachmittags über heftigen Frost, der etwa eine Stunde dauerte, über Hitze-gefühl, vermehrten Hustenreiz ohne Auswurf.

Gegen Abend war die Haut brennend heiss, Puls 120, klein, Dyspnoe vermehrt; schmerzhafte Empfindungen sind nicht da.

5. Nov. Nach unruhig zugebrachter, durch Husten und Athemnoth schlafloser Nacht lässt sich aus der in der Spuckschale befindlichen grösseren Menge eines zähen, gallertartigen, schaumigen Schleimes auf eine acute Secretion in den Bronchien schliessen; Urin wenig, dunkel, ohne Eiweiss. Fieber dauert fort. Das Aussehen der Kranken (Röthung des Gesichts, bläuliche Lippen) und das ganze subjective Befinden lassen eine ziemlich schwere acute allgemeine Erkrankung erkennen. Morgens traten leichte stechende Schmerzen an der Basis beider Pleura-säcke auf. Nachmittags bekam sie einen heftigen dyspnoischen Anfall, hervorgerufen durch continuirliche Hustenbewegungen, verbunden mit grosser Angst und Erstickungsfurcht. Lippen deutlich blau, Jugularvenen strotzend, Puls klein, frequent, schwach. Ordination: Infus. Ipecac. (ʒβ) ℥v mit Aeth. acet.

Bald stellte sich Erbrechen ein, worauf Verminderung der Athemnoth, langsamerer und kräftigerer Puls und im Allgemeinen ein ruhigerer Zustand eintrat.

Gegen Abend trat wieder Temperaturerhöhung, leichter Schweiss und frequenterer Puls ein.

6. Nov. Die Nacht war schlaflos, Husten dauert fort, die Kranke sieht mehr collabirt aus, Lippen bläulich, Halsvenen geschwellt, Haut feucht, heiss, Puls sehr frequent und schwach, Harn dunkel, Sputa weniger; Percussion rechts vorn unter der Brustwarze auffallend hoch, kurz, unter dem Winkel des Schulterblatts dieser Seite auffallend kurz, fast leer, dabei deutlich tympanitisch; Auskultation ohne Resultat.

An den durch Perkussion nachweisbar erkrankten Stellen gar kein Athmungsgeräusch zu hören. Die Abwesenheit der auskultirten Erscheinungen lässt sich aus der hochgradig gesunkenen Expectorationskraft erklären.

Die Diagnose wird auf pneumonische Infiltration des rechten untern Lappens gestellt, jedoch nur mit Wahrscheinlichkeit, da die auskultirten Erscheinungen und blutigen Sputa fehlen.

Ordination: Säuren in das Getränk, Infus. Ipecac. mit Aeth. acet.

7. Nov. Die Nacht war etwas ruhiger. Starker Hustenreiz ohne Expektoration; die Haut leicht gelblich; erneuerte, heftigere stechende Schmerzen an der Basis beider Pleurasäcke. Lungengewebe nach der Perkussion fast vollkommen luftleer geworden auf der rechten Seite hinten und vorn; dem entsprechend überall deutliche Consonanz, verstärkte Stimmvibrationen, sparsames Rasseln.

Gegen Abend schien die Kranke ruhiger. Noch immer keine pneumonischen Sputa.

Die Diagnose einer acuten, pneumonischen Infiltration des Lnngengewebes ist somit zweifellos, wenn auch die Frage über die ätiologische Bedeutung nicht genau entschieden werden kann.

Ob die Infiltration mit atmosphärischen Verhältnissen oder mit dem bisher dargebotenen Krankheitsbilde selbst in Nexus sei, kann nur der Verlauf entscheiden.

8. Nov. Die Nacht schlaflos zugebracht, theils wegen Husten, theils wegen der stechenden Schmerzen. Das Aussehen ist schlechter und mehr collabirt, Dyspnoe sehr bedeutend, zeitweiliges Rasseln in den grössern Luftwegen, Temperatur kühl, Puls klein, frequent, leichter Schweiss, Expectorationskraft sehr gesunken.

Bei jeder Hustenbewegung droht heftige Dyspnoe und Erstickungsgefahr, die wenigen Sputa ergaben nichts; die physikalische Untersuchung ergibt für die Lungen nichts Neues; Herzdämpfung grösser als in den letzten Tagen, Herzstoss und Puls schwächer; Harn auffallend wenig. Blutegel Morgens 11 Uhr gesetzt, beseitigten zwar den lokalen Schmerz, können aber die Dyspnoe nicht mindern; desshalb wird auf dringenden Wunsch der Kranken ein Aderlass vorgenommen. Die folgende subjective Erleichterung war gering und das Bild änderte sich nicht wesentlich.

9. Nov. Die Expektorationskraft sinkt mehr und mehr, das Athmen wird immer schwerer, fast keine Sputa, der sparsame dunkle Harn zeigt einen starken Bodensatz von harnsauren Salzen; Puls klein, sehr frequent. Bei der physikalischen Untersuchung zeigt sich auch der linke untere Lappen, der gestern noch lufthaltig war, vollkommen infiltrirt, ohne dass viele Rasselgeräusche die Consonanz begleiten; die hintern obern und vordern Lungenpartien lufthaltig, ohne tympanitischen Schall.

Die Behandlung mit dem Infusum ipecac. und den leichten Reizmitteln einerseits und den dazwischen gereichten

Narcoticis andererseits hat immer subjective Erleichterung zur Folge, so dass sie mehrere Stunden der Nacht in einem Halbschlummer zubrachte.

10. Nov. Der subjective Zustand ist leichter, Athmung etwas ruhiger, Puls grösser, kräftiger, weniger schnell, Aussehen ruhiger. Die physikalische Untersuchung zeigt keine Veränderung. Gegen Abend verschlimmert sich der Zustand: starke Dyspnoe, Unruhe, Angst, starker Schweiss, mangelnde Expectoration, zeitweiliges Rasseln in den grossen Luftwegen.

11. Nov. Der Zustand ist wenig verändert. Vormittags auffallende Erleichterung, Abends Verschlimmerung. Zunahme der schmutzig gelben fahlen Hautfarbe. Die zwei untern Drittel beider Lungen bieten am hintern Umfange exquisite Consonanz, starke Stimmvibrationen, wenig Rasseln.

12. Nov. Neuerdings heftige stechende Schmerzen, wodurch die Angst und Unruhe sehr vermehrt wird; äussere Hautreize sind erfolglos; der Wechsel der Narcotica ist wenigstens von einigem Nachlass gefolgt.

13. Nov. Nachmittags erfolgt der Tod unter Zunahme der Athemnoth und des Collapsus, also am neunten Tage der acuten Lungenaffection.

Das Sectionsresultat musste bei dem Dunkel, welches einerseits über den Vorgang in den Luftwegen, andererseits über die Affection der Leber herrschte, ein hohes Interesse versprechen und das Verhältniss der klinisch constatirten Constitutionsanomalie zur Erkrankung eines bestimmten Organs erst zum Verständniss bringen.

Die Autopsie wurde 22 Stunden nach dem Tode vorgenommen.

Aeussere Besichtigung:

Körper von mitteler Grösse, Knochen mässig entwickelt, Musculatur relativ dünn, dunkelroth, feucht, Unterhautzellgewebe am vordern Umfang trocken, an den hintern abhängigen Theilen feucht, geringe Menge feinkörniges Fett enthaltend. Allgemeine Decken, hie und da fahl, nirgends deutlich den Charakter der galligen Pigmentirung tragend. Gesicht eingefallen, Augen tiefliegend, Mund offen, Lippen bläulich; Durchmesser des Brustkorbs gut entwickelt, Brustdrüse welk; Unterleib leicht aufgetrieben, Leberrand und Milz nicht zu fühlen.

Innere Besichtigung:

Schädeldach bleich, im obern Sichelblutleiter und dem Sinus der Basis wenig flüssiges Blut mit Fibringerinnseln. Innere Hirnhäute nicht verdickt, leicht von den Gyris ablösbar, mässig bluthaltig; Pia am hintern Umfang der Hemisphären stärker serös durchfeuchtet und dadurch schlotternd. Beide Hirnsubstanzen mässig consistent, Rinde wenig dunkel, Centrum rein weiss, mit vielen wässerigen Blutpunkten. —

Schilddrüse leicht gleichmässig vergrössert, Venen des Halses mit wässerigem, reichliche, lockere, gelbliche, serös durchfeuchtete Faserstoffcoagula enthaltendem Blut gefüllt.

Schleimhaut des Kehlkopfs und der Luftröhre intensiv dunkel geröthet, mit zähem, hie und da puriformem Schleim bedeckt; sowohl die Pharynx- als die Larynxschleimhaut ausser einer leichten Verdickung nicht weiter erkrankt; dagegen zeigt die Mucosa der Luftröhre

an der hintern knorpellosen Wand ungefähr in der Mitte ihres Laufes mehrere Substanzverluste von unregelmässiger Form, mit buchtigen, zackigen, wie ausgefressenen Rändern, stellenweise auf einige Linien weit unterminirt, Ränder und Basis der Geschwüre mit schmutzig gelbem eitrigen Exsudat belegt; der Substanzverlust ist hie und da oberflächlich, an anderen Stellen tiefer, Basis fest, fibroid, scheint bereits den Produkten eines nachbarlichen Entzündungsprozesses anzugehören; einlaufend in die Geschwüre selbst ist nach rechts und oben eine $^3/_4$'' lange, $^1/_4$'' breite, von Weitem sichtbare, weissliche, dichte strahlige Narbe, die nicht nur den knorplichen Theil der Trachea einnimmt, sondern mit einigen Knorpeln innig verschmolzen eine leichte Verengerung des Lumens herbeigeführt hat. Von der Narbe aus ist nicht nur das submuköse Bindegewebe, sondern auch die ganze Wand der Trachea sammt dem äussern Bindegewebsstratum fest, fibroid; namentlich nach abwärts bis in die Bronchien hinein zeigt die Mukosa eine ungewöhnlich dunkelrothe Schwellung und einen gelben dicken Secretbeleg.

Einzelne Lymphdrüsen längs der Trachea, zwischen dieser und dem Oesophagus von der Grösse einer Erbse bis Haselnuss. Sie liegen in Kapseln eines etwas verdichteten Bindegewebes, zeigen auf dem Durchschnitt eine schmutzig, gelblich, graue, fest anzufühlende homogene, hie und da rissige, nur an sparsamen Stellen käseartige Einlagerung; kurz ein Aussehen, wie man es früher „speckartig“ nannte. Dieselbe Beschaffenheit zeigen einige Drüsen der linken Regio supraclavicularis.

Noch grössere, fast haselnussgrosse Drü-

sen finden sich bei Abnahme des Sternums mit dessen Innenfläche verwachsen in dem mediastinalen Bindegewebe und dem Bindegewebe um den Abgang der grossen Gefässe. Auch hier zeigt der Durchschnitt eine schmutzig, graulich, gelbe, käsige, dichte Substanz, nicht nur umgeben, sondern auch durchsetzt von fibroidem Gewebe.

Lungen an ihren vordern Rändern bedeutend ausgedehnt und den Herzbeutel bedeckend.

Rechte Lunge fest mit der Zwerchfellpleura verwachsen, der übrige Umfang des untern Lappens mit membranartigen, dichten, zähen Fibringerinnungen bedeckt, unter welchen die Pleura und das subpleurale Bindegewebe zahlreiche kleine Ekchymosen zeigt. Der untere Lappen von gewöhnlichem Volumen, fest anzufühlen, schwer, luftleer, Schnittfläche rothbraun, deutlich granulirt, brüchig, nur wenige Tropfen einer zähen, dicken, gallertigen Masse entleerend. Bronchien daselbst mit dickem, gelben Secret erfüllt.

Der obere und mittlere Lappen nach vorn zu flaumig anzufühlen, blassgrau, trocken, sehr rareficirt, nur in den hintern Theilen etwas bluthaltig und beim Durchschnitt schaumiges Fluidum ergiessend.

Oberer Lappen der linken Lunge, wie der entsprechende rechte Lappen; unterer Lappen mächtig gross, schwer, bis in die Rinde hinein fest und luftleer, etwas teigig anzufühlen, Schnittfläche rothbraun, nicht deutlich granulirt, auffallend brüchig und weniger fest als der rechte untere Lappen.

In den Aesten der Lungenarterie lockere Fibringerinnsel.

Im Herzbeutel einige Esslöffel röthlicher Flüssigkeit. Herz zusammengezogen, besonders der linke Ventrikel; Substanz beider Ventrikel derb, rothbraun, Höhlen eng, hinterer Zipfel der Mitralklappe an der Vorhoffläche des freien Randes mit drei stecknadelkopfgrossen, länglichen, wie gestielten, festen, graulich weissen Knötchen, die aus dichtem mit Kolben versehenem Bindegewebe bestehen, besetzt; dieselben sind mit einer dünnen Fibrinschicht bedeckt. In den Herzhöhlen, besonders rechts, und in den grossen Arterien reichliche zähe serös durchfeuchtete Faserstoffgerinnungen.

Im Bauchfellsack einige Esslöffel Serum, Magen zusammengezogen, seine Schleimhaut bleich; im Dünndarm wenig brauner Chymus, Dickdarm mit braunen Faeces erfüllt, mässig gashaltig; Pancreas gross, blutarm, Milz um das Doppelte vergrössert, dichtes, reichliches, faseriges Stroma zeigend, wenig Pulpa, mit flüssigem Blut. Nieren gross, fest, dunkelroth, besonders in der Rindensubstanz. Uterus etwas nach hinten gebeugt, Gegend der Ovarien mit einzelnen Dünndarmschlingen locker zellig verbunden, Tuben frei; an den äussern Genitalien und in der Mukosa des Anfangs der Vagina zeigen sich deutliche strahlige weissliche Narben.

Einzelne Retroperitonäaldrüsen sind bis kastaniengross, ganz oder stellenweis die Beschaffenheit der oben beschriebenen Lymphdrüsen bietend.

Leber durch zahlreiche Verwachsungen nach allen Richtungen hin befestigt, besonders aber mit dem Zwerchfell durch feste, weissliche, hie und da gelbes Fett enthaltende Bindegewebsneubildungen, auch das Bindegewebe der Glisson'schen Capsel ist besonders nahe der Leber

selbst verdickt, kein lockeres Stroma bildend und mit vielem gelblichen Fett durchsetzt, doch sind die Gallenwege, die Pfortader und die Leberarterie nicht sehr comprimirt, wenn auch weniger beweglich. Auch der Durchschnitt der Leber zeigt die Fortsetzung der Glissson'schen Capsel nicht allseitig verändert, sondern stellenweise fast wie im normalen Zustand.

Die Grösse der Leber ist nicht sehr vermehrt, der Dickendurchmesser ist überwiegend. Die Grössenverhältnisse sind überhaupt wegen der bedeutenden Formveränderung schwierig anzugeben.

Die Oberfläche der Leber hat durch allseitig vorhandene Erhabenheiten und Vertiefungen ein gelapptes Aussehen. Die einzelnen Hervorragungen sind bis hühnereigross, nirgends mit normalem Bauchfell bedeckt, sondern den Einziehungen entspricht fast an allen Puukten nicht nur ein verdicktes Peritonäum, sondern gleichzeitig eine subperitonäale Bindegewebsneubildung, so dass es scheint, als seien diese sehnig verdickten narbig eingezogenen Stellen die Ursache, dass sich das umgebende Lebergewebe in Form dieser wallnuss- bis hühnereigrossen Knollen emporhebt.

Die Schnittfläche zeigt nur mässigen Blutgehalt, daher ist die Farbe mehr blassbraun; das Gewebe selbst ist sehr resistent, hie und da grob- und feinkörnig; an der grössesten Convexität der Leber zeigt sich jedoch die Substanz mehr gleichmässig blassbraun, ohne Granulationen.

Auf allen Durchschnitten, sowohl tief als oberflächlich gelagert kommen Knoten von Stecknadelkopf- bis Haselnussgrösse zum Vorschein, eingestreut in das Gewebe, theils rundlich, theils unregelmässig ästig; an einzelnen

Stellen sind mehrere solche Knoten (bis zu 8) zu einer Gruppe vereinigt; nur sehr sparsam finden sich solche Knoten ganz einzeln stehend mitten im Gewebe, ohne dieses irgendwie zu beeinträchtigen. Diese Knoten sind eigenthümlich fahl, gelb, haben hie und da ein homogenes Aussehen, während an andern Stellen die geringste Berührung die Masse als eine bröckliche, fast tuberkelartige erkennen lässt. Die Knoten sind von hie und da freilich dünnen Bindegewebskapseln umschlossen, an den meisten Stellen ist jedoch die Bindegewebshülle dicht, weisslich, von Weitem sichtbar; das gegenseitige Verhältniss der Kapsel und der fahlgelben Masse ist verschieden: bald überwiegt das fibroide Gewebe, bald die gelbe Masse; das Bindegewebe überwiegt besonders an den oberflächlichen Knoten, wo auch die narbige Einziehung sehr deutlich ist und die Verwachsungen der Leberoberfläche mit der Nachbarschaft am Auffallendsten. Selbst in den dichtesten Verwachsungen sind keine derlei knotenähnlichen Ablagerungen zu sehen. Die Knoten, welche der Pfortader und Lebervene nahe liegen, verändern die Lumina dieser Gefässe nicht.

Mikroskopischer Befund der Leberknoten und der erkrankten Lymphdrüsen: die faserigen Umhüllungen und Durchzüge zeigen deutlich welliges Bindgewebe. Die fahlgelbe Substanz zeigt sparsame Fettropfen, Moleküle, die nicht als Fett anzusprechen sind, Kernbildungen, jedoch nicht rund, noch mit Nukleolen. Runde Kernzellen sind nirgends zu finden.

Einige Wochen später wurde uns aus dem Nürnberger Krankenhaus eine fast vollkommen gleiche Leber übersendet. Sie war von einem 47jährigen Maurer, der nur kurze Zeit in Spitalbehandlung und wegen hochgradigen Hydrops einer Diagnose unzugänglich war.

Neben der vielfach an der Oberfläche eingezogenen kuglich geformten Leber fand sich das retroperitonäale Bindegewebe in eine fast zolldicke fibroide Schwarte verwandelt; von dem Vorhandensein einer anderweitigen syphilitischen Affection konnten wir nichts erfahren.

Die Untersuchung der Genitalien soll nichts ergeben haben.

Kurz zusammengefasst gibt der Sectionsbefund bei Hofmann folgende Diagnose:

Constitutionelle Syphilis in der Leber in Form sehr ausgebreiteter, kleinerer und grösserer Knoten, als Folge wiederholter Entzündungsvorgänge.

Entzündliche Theilnahme des übrigen Lebergewebes in Form von Bindegewebswucherung und Granulationsbildung.

Constitutionelle Syphilis der Lymphdrüsen des Halses, des vorderen Mediastinum und des retroperitonäalen Bindegewebs.

Syphilitische Narbenbildung in der Trachea mit leichter Lumenverengerung, noch fortschreitender Ulcerationsvorgang daselbst.

Syphilitische Narbenbildung in der Vagina und deren Eingang.

Allgemeine Bleichheit und beginnende Tabes.
Hinzutritt von (epidemischer) Lungen- und Pleura-Entzündung, beiderseits.
Aeltere und frische Exsudationen an der Mitralklappe ohne Ventilstörungen.

Epikritische Bemerkungen über den klinisch beobachteten Fall:

1. Die Art und Weise des Todes ist, glauben wir, in Bezug auf Erklärung keinen Schwierigkeiten unterworfen. Die pneumonische Infiltration beider untern Lungenlappen war so deutlich, dass es sich nur darum handeln würde das ätiologische Moment zu ergründen. Die vorhergegangene Krankheit scheint zur Entstehung der Pneumonie in keinem ursächlichen Verhältniss zu stehen, wenn wir auch nicht läugnen, dass das Herabgekommensein der Kranken den lethalen Ausgang fördern musste. Die Pneumonie scheint daher, wie aus gleichzeitigem Vorkommen bei andern Individuen wahrscheinlich wird, auf atmosphärischen Verhältnissen zu beruhen. Bemerkenswerth ist es, dass auch bei dem Nürnberger Falle der Tod durch doppelseitige Pneumonie erfolgt war.

Das zufällige Hinzutreten von Pneumonie lässt sich auch daraus entnehmen, dass in den bereits bekannten Fällen von Lebersyphilis die Pneumonie als Todesursache nicht constatirt werden konnte.

Wenn wir ferner hinzufügen, dass die Affection der Leber und der Lymphdrüsen keineswegs eine frische, sondern eher eine in der Ertödlung begriffene ist, so wird ein innerer causaler Nexus zwischen der Pneumonie und der constitutionellen Syphilis noch unwahrscheinlicher. Auch ein Zusammenhang mit der Trachealaffection ist nicht annehmbar: schon desshalb nicht, weil die Lungeninfiltration plötzlich unter den Erscheinungen einer Allgemeinerkrankung auftrat und weil das Exsudat in den Lungen vermöge seiner Masse und Starrheit nicht auf eine von der Trachea langsam per contiguitatem fortschleichende Entzündung der übrigen Luftwege bezogen werden kann; das Exsudat in den Lungen hätte gewiss ein anderes Aussehen, wäre zum Theil wie in der Trachea mehr oder weniger eitrig, zur Abscedirung geneigt etc.

2. Die Vergleichung des klinschen Bildes (Tuberkulose) und des anatomischen Befundes gibt einen neuen Beweis für die Schwierigkeit der Diagnose gewisser Erkrankungen der Luftwege.

Wir können wohl mit Bestimmtheit annehmen und es durch die Ausschliessung anderer Geschwürsformen, sowie der Art des Vorkommens derselben erhärten, dass das Trachealgeschwür mit Syphilis in Zusammenhang steht; es hat alle Charaktere, welche die Autoren solchen constitutionellen Erkankungsformen der Schleimhäute zutheilen: obwohl nicht in Abrede zu stellen ist, dass die syphilitische Affection der Luftwege gewöhnlich im Kehlkopf, an der Zungenwurzel oder im Pharynx auftritt, so ist dieses doch kein Moment den specifischen Charakter der Trachealerkrankung zu läugnen.

Die Diagnose war bei dem Mangel aller subjectiven und objectiven (Erscheinungen der Stenose) Anhaltspunkte nicht möglich.

Dass wir die Hustenbewegungen und die Sputa auf eine Erkankung der Bronchien deuteten, und da atmosphärische Verhältnisse allein bei der langen Dauer der Erkrankung uns nicht hinreichend schienen, dieselbe bei der eintretenden Bleichheit und Tabes mit Lungentuberkulose in Zusammenhang zu bringen suchten, lag gewiss nahe, um so mehr da sich daraus nicht blos die lokalen, sondern auch die allgemeinen Erscheinungen genügend ableiten liessen.

Die traurigen Lebensverhältnisse, vielfache Gemüthsbewegungen, das Verhältniss zu ihrem Ehemann (welcher im Zustande hochgradiger Phthise nach Amerika auswanderte): alles dieses sprach für Tuberkulose. Besonders aber gab die anamnestische Thatsache mehrerer im Anfange 1856 stattgefundener Blutungen aus den Luftwegen, welche wir auf Höhlenbildung deuten mussten, einen entschiedenen Anhaltspunkt für die Diagnose des Lungenleidens.

Es war also anzunehmen, dass die Tuberkulose bei der Kranken bereits längere Zeit bestehe und bei intercurrirenden Stillständen zeitweilig wieder auftauche; klinische Beobachtungen lehren, dass über mässig grosse Cavernen die physikalische Untersuchung nicht immer Aufschluss gibt.

Nach dem anatomischen Befunde ist es wohl unzweifelhaft, dass die Blutung aus den Luftwegen aus einem ulcerativ zerstörten Arterienzweig der Luftröhre kam.

Der Mangel charakteristischer Erscheinungen von Seite der Auskultation und Perkussion berechtigte daher nicht zur Ausschliessung der Tuberkulose, namentlich der dispersen Form dieser Erkrankung.

Die Verwechslung des Trachealgeschwürs mit einem tuberkulösen Substanzverlust ist auf Grund bekannter anatomischer Thatsachen nicht denkbar.

Die während des Lebens beobachteten Brusterscheinungen sind nicht allein auf die Trachealaffection zurückzuführen, sondern sie gehören grösstentheils der gleichzeitigen Erkrankung der weitern Luftwege an.

3. Die klinische Beobachtung gab manche Anhaltspunkte für die Diagnose einer Leberkrankkeit. Dafür sprechen die oben erwähnten örtlichen Schmerzanfälle, ferner gab die Perkussion über eine Volumszunahme des Organs Aufschluss, indem, ohne dass eine Vergrösserung der rechten Lunge zu constatiren gewesen wäre, die Leber einen Plessimeter breit unter dem Rippenrand hervorragte. Die klinische Untersuchung auf die Form der Leber gab kein Resultat. Es bestätigte sich von Neuem, was dem Diagnostiker oft begegnet, dass die feste Adhäsion der Leber nach vorn ein eigenthümliches Anfühlen bietet, das bei freier Leber nicht wahrgenommen wird. So konnten wir überhaupt nur an eine chronische Veränderung der Leberbubstanz denken, bei welcher von Zeit zu Zeit das Bauchfell in Mitleidenschaft gezogen wird. Der früher vorhandene Ascites und Hydrops der untern Extremitäten sprach bei Abwesenheit von Hydrothorax und Hydrops der obern Körperhälfte gleichfalls für eine mit Unwegsamkeit des Gefässsystems einhergehende Lebererkrankung.

Da bekanntlich die Leber bei sehr vielen Formen von Tuberkulose wesentlich Antheil nimmt, nicht allein in Form von tuberkulösen Ablagerungen, welche bekanntlich für die Leber sehr unwichtig sind, sondern auch in Form der verschiedensten entzündlichen und nicht entzündlichen Nutritionsstörungen, so lag die klinische Diagnose einer Combination von Lungentuberkulose mit Leberaffection gewiss sehr nahe.

Die Autopsie hat uns einen anderen Aufschluss gegeben. Nebst den Residuen einer fast das ganze Parenchym durchgreifenden chronischen Entzündung sehen wir die oben beschriebenen eigenthümlichen Knoten an zahlreichen Stellen eingestreut. Die Menge derselben war so beträchtlich, dass gegen die bisher bekannt gewordenen Fälle der unserige als ein ganz seltener und exquisiter bezeichnet werden muss. Sonst sind blos hie und da in dem einen oder andern Lappen einzelne Narben an der Oberfläche, und das beschriebene Produkt findet sich nur stellenweis eingestreut; in unserem Falle dagegen sind die Knoten grösser, oft gruppig angeordnet, theils mit Untergang, theils mit Verdrängung des Gewebes; fast jeder Schnitt durch die Leber zeigt uns diese eigenthümlichen Massen.

Auffallend ist es, dass wir, obwohl das Trachealgeschwür noch theilweise im Fortschreiten begriffen war, in der Leber keine frischen Entzündungsvorgänge finden konnten, welche uns über den interessanten Prozess in der Leber näheren Aufschluss geben konnten.

Die Beschreibung, welche zuerst Professor Dittrich im 21. und 26. Band der Prager Vierteljahrsschrift 1849 und 1850 von dieser merkwürdigen Affection gegeben hat,

passt vollkommen mit allen Nuancen auf unseren Fall und es ist immerhin interessant zu erfahren, mit welchen anderen Formen von Syphilis die Lebererkrankung combinirt vorkomme.

Es ist schon damals urgirt worden, dass man beim Vorkommen der beschriebenen Leberaffection in allen Gegenden suchen müsse, die sonst als Sitze der constitutionellen Syphilis bekannt sind: so im Pharynx, Larynx, am Schädel, Schienbein etc. Eine genauere Untersuchung wird meistens belohnt. Darum ist gerade unser Fall von hohem Interesse, weil die vorhergegangene und begleitende syphilitische Affection an einem Ort aufgetreten ist, wo sie an und für sich selten vorkommt und der Diagnose unzugänglich ist.

4. Auch unser Fall beweist, dass die vorgefundenen Affectionen der Trachea und der Leber, sowie der Lymphdrüsen mit dem, was wir als Tuberkulose bezeichnen, nichts gemein haben. Obwohl das in den Faserhüllen eingeschlossene Produkt sowohl physikalisch als histologisch einige Aehnlichkeit mit Tuberkel hat, so ist daraus allein doch nicht gleich auf Identität zu schliessen, und es ergibt sich nicht nur aus der lokalen Anordnung jener Massen ein bedeutender Unterschied, sondern auch der Verlauf des klinischen Bildes spricht entschieden dagegen.

5. Schliesslich machen wir auf die ungewöhnlich extensive und intensive Theilnahme der Lymphdrüsen an dem Prozesse aufmerksam. Sämmtliche im Sectionsbefund als erkrankt angegebene Lymphdrüsen zeigen dasselbe

Stadium der Umwandlung; das fahle, bröckliche Produkt war in allen dasselbe.

Da die Theilnahme der Lymphdrüsen sowohl bei Tuberkulose als bei Syphilis eine grosse Rolle spielt, so ist es immer die Aufgabe des Arztes, darnach zu suchen; leider sind es meistens Drüsen, die dem Tastsinn unzugänglich theils im Mittelfellraum, theils in der Bauchhöhle liegen.

Nach der Autopsie glaubte man, dass die am Halse aufgefundenen Drüsenknoten klinisch hätten eruirt werden können; indess sass der eine Knoten neben der Trachea, so dass er eine Anschwellung der Schilddrüse vortäuschen konnte. Die Supraclaviculardrüsen entzogen sich durch ihre Lage dem Tastsinn.

